**HET KÁN BETER MET MÍNDER!**

**PLAN VAN AANPAK VERMINDEREN PSYCHOFARMACAGEBRUIK IN INTRAMURALE ZORGINSTELLINGEN**

## Inleiding

In het kader van de ambitie de toediening van psychofarmaca zonder gerichte medische /psychiatrische indicatie terug te dringen in zowel de ouderenzorg- als de gehandicaptenzorginstellingen heb ik uitvoerig (literatuur)onderzoek gedaan en diverse deskundigen geraadpleegd. Op basis hiervan kom ik tot de volgende veralgemeniseerde bevindingen, welke ik bij de opstelling van bijgaand plan van aanpak heb betrokken:

- Zowel nationaal als internationaal lopen er tal van trajecten voor onderzoek naar en /of implementatie van methoden en interventies ter vermindering van psychofarmacagebruik. Enig overzicht, laat staan coördinatie of afstemming, lijkt er niet te zijn. Ook zijn er diverse good practices beschikbaar, die een goede uitrol en implementatie behoeven.
- Ongeveer 60% van de bewoners met dementie die op een psychogeriatrische afdeling in een intramurale instelling voor ouderenzorg verblijven, krijgt psychofarmaca toegediend vanwege probleemgedrag[1].
- Het totale psychofarmacagebruik bij ouderen met probleemgedrag in instellingen in Nederland blijkt sinds 2003 stabiel te zijn[2]. Wel is er sprake van een onderlinge verschuiving. Het antipsychoticagebruik is in de periode 2003 – 2011 gedaald met 8%, het gebruik van antidepressiva en hypnotica is vrijwel gelijk gebleven, het gebruik van anxiolytica is toegenomen met 5%. Ook het gebruik van anti-dementiemiddelen blijkt gestegen (8%).
- In een derde van de gevallen[3] is er sprake van langdurig antipsychoticagebruik (langer dan 2 jaar) zonder dat een poging tot afbouw wordt gedaan.
- In plaats van alternatieve psychosociale interventies om probleemgedrag te verminderen actief toe te passen, wordt er (te) snel overgegaan op het toedienen van psychofarmaca. Dit meestentijds vanwege het hierboven geschetste dilemma bij de zorgverleners en /of als gevolg van aandringen vanuit familie /mantelzorgers. Artsen voelen zich hierbij regelmatig onder druk gezet, terwijl zij een eigen verantwoordelijkheid hebben. Ook wordt psychofarmaca vaak ingezet als tweede middel bij dwangbehandeling.
- Richtlijnen over omgaan met probleemgedrag zijn niet voldoende geïmplementeerd danwel worden niet voldoende nageleefd. De evaluatie- en stopadviezen in de richtlijnen worden vaak niet toegepast.
- Familie en mantelzorgers worden te weinig betrokken bij het beleid rond probleemgedrag.
- Circa een derde van de cliënten in de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg krijgt psychofarmaca toegediend wegens gedragsproblemen, waarvan 78% langer dan 10 jaar[4]. Hoewel de aard van de problematiek in de gehandicaptenzorg overeenkomt met die in de ouderenzorg (gedragsproblemen), wordt vooralsnog verondersteld dat de benodigde interventies in beide sectoren zullen verschillen.

Bovenstaande bevindingen leiden tot de volgende aandachtsvelden met bijbehorende acties.

- **Aandachtsveld 1: Creëren van commitment in het veld over het verantwoord afbouwen van psychofarmaca in de Wlz**

*Beschrijving*

Zowel nationaal als internationaal lopen er vele en uiteenlopende projecten en programma's met als doel psychofarmacagebruik terug te dringen. Een overzicht hiervan is wenselijk, maar

[1] Zuidema S.U. et al, Trends in psychofarmacagebruik bij patiënten met dementie, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 21 april 2015

[2] Ibid.

[3] Wetzels R. et al, Prescribing pattern of psychotropic drug use in nursing home residents with dementia. Int Psychogeriatrics 2011; 23: 1249-59

[4] Kuijper G de. Aspecten van langdurig antipsychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. PW Wetenschappelijk Platform. 2014;8:a1425.

ontbreekt. Ook is niet duidelijk of er in alle gevallen een goede aansluiting is met (de behoeften van en toepassingsmogelijkheden op) de 'werkvloer'. Voorts wordt vanuit de betrokken beroepsgroepen verschillend aangekeken tegen de wenselijkheid en de mogelijkheden om de toepassing van psychofarmaca af te bouwen. Het veld overziend is een gezamenlijke gedragen visie en bundeling van actie noodzakelijk.

*Actie*
Najaar 2015 wordt een conferentie georganiseerd over psychofarmaca. Doel: presentatie van overzicht over (de stand van zaken van) de verschillende initiatieven en trajecten ten aanzien van vermindering van psychofarmacagebruik, en bereiken van zowel gemeenschappelijke intenties en afstemming als gezamenlijke afspraken op dit vlak. De conferentie moet uitmonden in een breed gedragen intentieverklaring. Genodigden: (o.m.) betrokken zorgaanbieders (ActiZ, VGN), beroepsorganisaties (Verenso, V&VN, NVAVG, NVO, NIP), cliënten(organisaties) (NPCF, LOC, Ieder(in), Alzheimer Nederland, LSR), CCE, wetenschappelijke instituten, Zorginstituut Nederland en de Inspectie.
Vilans gaat hier mee aan de slag. Momenteel is Vilans bezig vanuit de betrokken disciplines koplopers te werven.
In het kader van de conferentie zal Vilans ook voor een actueel overzicht zorgen van de diverse lopende initiatieven en trajecten.

- **Aandachtsveld 2: Implementatie van recent ontwikkelde en nog te ontwikkelen, wetenschappelijk onderzochte methoden en interventies voor het beperken van psychofarmacagebruik.**

*Beschrijving*
Er is veel ontwikkeld, maar dit wordt blijkbaar niet of onvoldoende geïmplementeerd. Kansrijke, recent in Nederland ontwikkelde, wetenschappelijk onderzochte methoden en interventies voor het beperken van psychofarmacagebruik zijn:

- GRIP op probleemgedrag. Een zorgprogramma voor probleemgedrag in het verpleeghuis (VUMC/ Radboudumc). Invoering van het zorgprogramma leidt tot een vermindering van agitatie/ agressie, en een daling van het gebruik antipsychotica en antidepressiva.
- STA-OP. Een stepped care benadering voor een betere analyse van probleemgedrag en pijn (hetgeen soms ook een oorzaak is voor onrust). (LUMC/VUMC). De resultaten moeten nog worden gepubliceerd.
- Vanuit de PROPER-studie (Radboudumc/UMCG/VUMC): een gestructureerde review van psychofarmaca door arts, apotheker en verzorgende dat als doel heeft om het psychofarmaca gebruik te verminderen of beter gezegd de optimaliseren. Deze is binnenkort beschikbaar.
- Zorgprogramma voor jonge mensen met dementie (MaastrichtUMC/ Radboudumc/ UMCG/ VUMC). Dit project is recent gestart.

Ik vind het noodzakelijk dat de resultaten van deze, en andere zinvolle (inter)nationale trajecten gebruiksklaar worden gemaakt voor de verpleegkundigen en verzorgenden in de instellingen die met probleemgedrag van cliënten te maken hebben. In het kader van het in oktober 2014 gestarte programma 'Het gaat beter met minder' is Vilans bezig met het ontwikkelen van diverse tools, waar onder een handreiking voor bestuurders en een draaiboek voor medewerkers voor het omgaan met probleemgedrag en het verantwoord omgaan met psychofarmaca. Vilans stelt deze niet alleen beschikbaar, maar ondersteunt individuele instellingen ook bij de implementatie ervan.

*Actie*
Het lopende programma 'Het gaat beter met minder' wordt verlengd tot 31 december 2017 en verbreed. Dit programma richt zich op het ontsluiten en implementeren van nationaal en internationaal beschikbare kennis, inzichten en methodes m.b.t. het beperken van psychofarmacagebruik, gericht op de relevante actoren binnen instellingen, en wordt daarmee het voertuig van dit Plan van Aanpak. Waar mogelijk worden verbinding gelegd met

aanpalende programma's als 'In voor zorg!', 'In voor mantelzorg' en 'In voor Beter'.

- **Aandachtsveld 3: Verbeteren implementatie dan wel naleving van richtlijnen m.b.t. probleemgedrag**

*Beschrijving*
Uit gesprekken met deskundigen komt naar voren dat richtlijnen over omgaan met probleemgedrag niet voldoende zijn geïmplementeerd dan wel niet voldoende worden nageleefd. In plaats van alternatieve psychosociale interventies actief in te zetten, wordt er (te) snel overgegaan op het toedienen van psychofarmaca. De evaluatie- en stopadviezen in de richtlijnen worden vaak niet toegepast.

*Actie*
De richtlijn Probleemgedrag van Verenso wordt aangepast. De aangepaste richtlijn zal nog specifieker dan nu aandacht geven aan het stoppen van psychofarmaca, maar ook aan de wet Zorg en Dwang en handvatten geven in de praktijk. Ik heb Verenso gevraagd de richtlijn ook te verbreden naar de beroepsgroepen van de verpleegkundigen en verzorgenden, gedragsdeskundigen en de (ouderen)psychologen/psychiaters. Ik wil de partijen hierbij faciliteren, waarbij mijn insteek is dat zij gezamenlijk, samen met Vilans, zorgen voor een goede implementatie.
De aangepaste richtlijn verschijnt in 2016.

Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben Vilans en het Trimbos Instituut in 2013 een uitgebreide inventarisatie verricht van richtlijnen en inzichten rondom probleemgedrag bij ouderen met dementie. De resultaten hiervan zullen worden betrokken bij het – verbrede - programma 'Het kan beter met minder'.

De IGZ houdt toezicht op het gebruik van psychofarmaca door:
- er naar te vragen naar aanleiding van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- er naar te vragen bij individuele dwangtoetsingen;
- er naar te vragen en te observeren in haar tweede onderzoek naar probleemgedrag bij cliënten met dementie in de intramurale ouderenzorg;
- te kijken naar het voorschrijf gedrag van medicatie binnen het onderzoek rationele farmacotherapie wat met name over voorschrijfgedrag gaat.

- **Aandachtsveld 4: Familie en mantelzorgers moeten meer en actiever betrokken worden bij het beleid rondom probleemgedrag**

*Beschrijving*
Zoals ik eerder in Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen' heb geschetst vindt de concrete invulling van de zorg plaats in samenspraak tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgverlener(s). Vanuit dit uitgangspunt heb ik de acties in dit aandachtsveld en de hierna volgende aandachtsvelden 4 en 5 geformuleerd.

De familie en naasten, vaak geformaliseerd aangeduid als 'mantelzorgers', zijn veelal sterk (emotioneel) betrokken bij de cliënt met probleemgedrag. Zij kennen hem of haar vaak al een lange tijd, en zijn hierdoor (beter) in staat om probleemgedrag te verklaren, waardoor hier (nog) beter op kan worden geanticipeerd.
Belangenbehartigers, wetenschappers/deskundigen en familieleden zelf zijn van mening dat mantelzorgers en naasten te weinig betrokken worden bij de (beslissingen over) de zorg (gebruik psychofarmaca) voor de persoon met dementie in verpleeghuizen. Achteraf voelt familie zich in 44% van de gevallen onvoldoende geïnformeerd over de nadelen van psychofarmaca[5]. In de media komen zij daarover ook aan het woord.[6] De klacht is veelal dat

5 Cornege-Blokland, E.ea. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of

zij niet gekend worden in het gebruik, niet betrokken worden in de (multidisciplinaire) analyse vooraf en dat na instellen van gebruik zij zich pas gaan realiseren welke nadelen het heeft. Zowel in de Wet langdurige zorg als in de Wet Zorg en Dwang worden de mantelzorgers een expliciete plaats en rol toegekend. In 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen' worden die nader geconcretiseerd.

*Actie*
Deze valt samen met de in het kader van 'Speerpunt 1: Samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener' uit 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen' reeds ingezette acties.
Ook in het Plan van aanpak Kwaliteit Verstandelijk gehandicaptenzorg, dat ik komend najaar naar uw Kamer zal sturen, zullen soortgelijke acties worden ingezet.

- **Aandachtsveld 4: Verminderen van handelingsverlegenheid bij zorgverleners ingeval van probleemgedrag**

*Beschrijving*
Verpleegkundigen en verzorgenden staan letterlijk en figuurlijk dichtbij de bewoners in de instelling. Zij krijgen direct te maken met het (onbegrepen) probleemgedrag en vangen de klappen soms letterlijk op. Zij moeten ook de andere personen in de leefgroep beschermen tegen (confrontaties met) dit gedrag als dat gericht is tegen anderen. Gezien hun plek op de leefgroep kunnen zij zich hier niet aan onttrekken. Zij hebben dus direct belang op korte termijn dat het gedrag zo snel mogelijk ophoudt en niet weer begint.
De directe zorgverlener op de groep is, in tegenstelling tot de arts bijvoorbeeld, vaak makkelijk en snel aan te spreken door de familie/naasten om hun zorgen te uiten over het probleemgedrag van de betrokken oudere en te vragen er (snel) wat aan te doen. De zorgverlener voelt daardoor de meeste druk van de oudere met probleemgedrag en is de directe aanspreekpersoon voor de (druk van) familie. Echter qua opleiding[7] en positie heeft deze de minste mogelijkheden er wat aan te doen. Er ontstaat handelingsverlegenheid [8], niet weten hoe te handelen ondanks dat de situatie er wel om vraagt.
Omgaan met deze druk is (mede) gerelateerd aan het opleidingsniveau[9]. Kennis en vaardigheden bevorderen[10] dat zorgverleners op de werkvloer adequater met probleemgedrag omgaan en kan de druk om in te grijpen met psychofarmaca verminderen. Een belangrijke notie in dit verband is dat probleem gedrag niet louter een cliëntkenmerk is. Bij onbegrepen (probleem)gedrag is er sprake van een negatieve wisselwerking tussen de cliënt en zijn sociale, fysieke en organisatorische omgeving.

*Actie*
Deze valt in algemene zin samen met de in het kader van 'Speerpunt 3: Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals' uit 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen' reeds ingezette acties. De onder dit speerpunt genoemde (hoofd)activiteiten zijn alle evenzeer van toepassing op dit onderwerp. In dit kader wil ik ook de constatering uit het rapport van de Inspectie 'Kijken met andere ogen naar de zorg voor

---

dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. JAMDA 13, 80-86.
6 Tros RADAR 26-5-2014: psychofarmaca in verpleeghuizen (http://www.npo.nl/radar/26-05-2014/TROS_1358230)
7 Zwijsen J ea Omgaan met probleemgedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen, 2013. Utrecht, Vilans, Trimbos instituut
8 Meer van der M Handelingsverlegen professionals. Zorg en Welzijn maart 2010
9 Zimmerman, S. 2005 Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. The Gerontologist, 45, 96-105. Geciteerd in: Een onderzoek naar de ervaren strains door zorgverlenend personeel in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Werven L. van Trimbos instituut / Universiteit Utrecht 2013
10 Edvardsson, D. Ea 2009 Predictors of job strains in residential dementia care nursing staff. Journal of Nursing Management, 17, 59-65. Geciteerd in: Een onderzoek naar de ervaren strains door zorgverlenend personeel in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Werven L. van Trimbos instituut / Universiteit Utrecht 2013

mensen met dementie en onbegrepen gedrag; Een oriënterend en cliëntgericht onderzoek naar de kwaliteit van zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag in de intramurale ouderenzorg' (juni 2015) betrekken om de kennis over de zorg voor dementie bij verpleegkundigen en verzorgenden te vergroten. Ik zal bezien of en hoe dit betrokken kan worden bij mijn voornemens met betrekking tot bijscholing in het kader van het plan van aanpak "Waardigheid en trots".

Daarnaast noem ik de acties vanuit 'Waardigheid en trots' in het kader van het voeren van de ethische discussie over omgaan met risico's versus leefbaarheid. Net zoals ik ook met het Actieprogramma Onvrijwillige Zorg beoog, wil ik zorgverleners helpen het gedrag van cliënten beter te begrijpen, een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze in de omgang met probleemgedrag stimuleren, en een open gesprek proberen tot stand te brengen over vrijheidsbeperking en de ethische dilemma's die daar bij spelen.

Vanuit het lopende 'Het kan beter met minder'-traject lopen reeds diverse acties als bijvoorbeeld intervisiemogelijkheden en leernetwerken voor zorgverleners en een ondersteuningsaanbod gericht op bestuurders van instellingen. Deze zullen worden voortgezet en, waar nodig, geïntensiveerd.

Voorts noem ik in het verband van dit actiepunt meer specifiek: het door het Radboud UMC ontwikkelde scholingsprogramma voor verplegend en verzorgend personeel om beter om te gaan met probleemgedrag. Vilans zal dit meenemen in het implementatieaanbod.

Ook in het Plan van aanpak Kwaliteit Verstandelijk gehandicaptenzorg, dat ik komend najaar naar uw Kamer zal sturen, zullen soortgelijke acties worden ingezet.

- **Aandachtsveld 5: Stimuleren van het klinisch leiderschap van en door artsen**

*Beschrijving*
Artsen blijken vaak onder druk psychofarmaca te geven[11]. Zij voelen zich daarin gesteund door richtlijnen, maar passen de stopadviezen uit diezelfde richtlijnen veelal niet toe.
Artsen zouden meer klinisch leiderschap hierin moeten laten zien, dan wel dat ontwikkelen. Medicatie reviews samen met deskundige apothekers en andere betrokkenen kunnen hen steunen oneigenlijk gebruik van psychofarmaca tegen te gaan. Meer investeren in contact met familie /mantelzorgers over nadelen van psychofarmaca zeker op langere termijn, kan artsen en familie /mantelzorgers helpen hier partners in de zorg te worden.

*Actie*
In het najaar van 2015 verschijnt de handreiking verantwoord antipsychotica gebruik (UMCG/ Radboudumc, Sytse Zuidema, Raymond Koopmans). Deze richt zich specifiek op het voorschrijfgedrag van artsen.

Als resultaat van de PROPER-studie zal er een tool voor medicatie-review verschijnen.
Voorts is in het kader van de PROPER studie een instrument ontwikkeld en toegepast voor verantwoord psychofarmaca gebruik, te weten APID (Appropriate Psychotropic drug use In Dementia). Dit instrument registreert oa de juistheid van de indicatie, onnodige interacties, de duur van voorschrijven en of er op tijd wordt geëvalueerd. Dit onderzoeksinstrument wordt momenteel doorontwikkeld tot instrument voor zelfevaluatie voor artsen.

Ook worden de artsen in de leerwerktrajecten van Vilans (zie Aandachtsveld 4) betrokken.

[11] Cornege-Blokland, E.ea. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. JAMDA 13, 80-86.